



1. صرف نشوونمائی معذوری کا تعین - اس وقت کسی خدمات کی درخواست نہیں کی گئی ہے 2.  
 انفرادی معاونتی خدمات (ISS) 3. فرصتی مراکز 4. رہائشی انتظامات 5 (IRA). کمیونٹی رہائشی انتظامات  
 6. انٹرمیڈیٹ نگہداشتی سہولت (ICF) 7. دن کے رہائشی انتظامات 8. دن کا علاج 9. پیشگی پیشہ ورانہ  
 خدمات 10. معاون کام (SEMP) 11. گھر پر دیکھ بھال 12. FET - خاندانی تعلیم اور تربیت 13. CSS -  
 مستحکم معاونت اور خدمات 14. کیس مینجمنٹ، جیسے MSC 15. ماحولیاتی تبدیلیاں/ موافقت پذیر  
 آلات 16. آرٹ. 16 کلینک  
**خاندانی معاونتی خدمات:**  
 17. فرصت 18. دیگر خاندانی معاونتیں 19. PASRR لیول II کی تشخیص  
 20. دیگر (وضاحت کریں):

\*تاریخ:

مکمل کردہ منجانب (نام):

\*فارم مکمل کیا گیا منجانب 1 بذات خود 2 والد/والدہ/وکیل 3 ایجنسی  
 4 PASRR کوآرڈینیٹر

درج ذیل صرف DDRO کے عملے کی جانب سے مکمل کیا جائے گا:

ان ٹیک عملے کا نام		DDRO کی جانب سے موصول ہونے کی تاریخ	
منجانب (نام/دستخط)		TABS میں ڈیٹا اندراج کرنے کی تاریخ	فرد کی TABS #:ID

## مکمل کرنے کے لیے ہدایات

### حوالگی کار فارم

براہ کرم تمام معلومات ٹائپ کریں یا واضح طور پر پرنٹ کریں۔

### عمومی ہدایات

اس فارم کو پُر کریں اور اسے اپنے مقامی DDRO کو ریکارڈ کی کاپیوں کے ساتھ دیں۔ ریکارڈز کی کاپیاں جو 22 سال کی عمر سے پہلے معذوری کو ثابت کرتی ہیں حوالگی کار خط کے ساتھ منسلک کرنا ضروری ہے۔ یہ OPWDD اہلیتی جائزے کے لیے استعمال کی جائیں گی۔ اگر اس بارے میں آپ کے سوالات ہیں کہ اہلیتی جائزے کے لیے کس قسم کے ریکارڈز درکار ہیں تو، OPWDD خدمات کے لیے اہلیت کے اہم حقائق ملاحظہ کریں۔ حقائق نامہ OPWDD کی ویب سائٹ [opwdd.ny.gov](http://opwdd.ny.gov) پر دیکھا جا سکتا ہے یا اپنے مقامی DDRO سے طلب کیا جا سکتا ہے۔

### تفصیلی ہدایات:

یہ حوالگی کار فارم درج ذیل فرد کی مدد سے مکمل کیا جا سکتا ہے: وہ فرد جو جاننا چاہتا ہے کہ آیا وہ OPWDD خدمات کے اہل ہیں، ان کے والد/والدہ یا وکیل، یا ایجنسی کا فرد جو اس شخص کی مدد کر رہا ہے۔

### سیکشن 1: فرد کی معلومات

نام: فرد کا قانونی نام؛ آخری نام، پہلا نام، اور درمیانی نام  
 TABS ID: فرد کا TABS شناختی نمبر، اگر رجسٹر شدہ نہیں ہیں تو خالی چھوڑ دیں  
 SS#: فرد کا 9 ہندسوں پر مشتمل سوشل سیکیورٹی نمبر  
 تاریخ پیدائش: فرد کی تاریخ پیدائش، مہینہ، دن، سال (MM/DD/YYYY) فارمیٹ میں (مثلاً 04/03/1998)  
 # Medicaid: فرد کا Medicaid نمبر۔  
 رہائشی کاؤنٹی: فرد کی رہائشی کاؤنٹی۔ (مثال کے طور پر، کنگز، ایسیکس)  
 جنس: لڑکے/مرد کے لیے M خانے کو یا لڑکی/عورت کے لیے F خانہ یا X کو ایسی جنس کے لیے چیک کریں جو خاص طور پر مرد یا عورت نہیں ہے  
 گھر کا پتہ: فرد کا موجودہ گھر کا پتہ  
 ڈاک کا پتہ: وہ پتہ جہاں فرد کو ڈاک موصول ہو، اگر گھر کے پتے سے مختلف ہے۔  
 فون: فرد کا ایریا کوڈ کے ساتھ فون نمبر۔  
 اس نام سے: فرد جن ناموں (قانونی نام کے علاوہ) سے جانا جاتا ہے ان تمام کی فہرست بنائیں۔  
 بھی جانا جاتا ہے: عرفی نام، شادی سے پہلے کے نام وغیرہ شامل کریں۔  
 معلومات ارسال کی گئی بنام: خانے کے آگے ایک X لگائیں جس سے یہ ظاہر ہو کہ اہلیت کے فیصلے کے بارے میں معلومات کہاں بھیجی جانی چاہیے۔ اگر DDRO کی جانب سے والد/والدہ یا وکیل (سیکشن 3 میں ایجنسی کے علاوہ) کو معلومات بھیجی جائیں گی، تو خانے 3 اور/یا 4 کو نشان زد کریں اور سیکشن 2 کے حصے برائے والد/والدہ/وکیل کو پُر کریں۔ سیکشن 3 میں کوئی بھی ایجنسی اہلیتی تعین سے متعلق خود بخود معلومات حاصل کرے گی۔

**سیکشن 2: وابستہ والدین یا وکلاء** - یہ سیکشن اختیاری ہے جب تک معلومات ارسال کی گئی بنام کے خانے 3 یا 4 کو نشان زد نہ کیا جائے۔ اگر صرف ایک والد/والدہ/وکیل کی ضرورت ہو تو P/A1 نام اور پتہ استعمال کریں۔

نام والد/والدہ یا وکیل کا نام: آخری نام، پہلا نام، اور درمیانی نام۔  
گھر کا پتہ والد/والدہ یا وکیل کا موجودہ گھر کا پتہ  
ڈاک کا پتہ سٹریٹ/ایونیو، اپارٹمنٹ نمبر، شہر/قصبہ، ریاست، اور زپ کوڈ شامل کریں۔  
فون PO باکس/سٹریٹ/ایونیو، اپارٹمنٹ #، شہر/قصبہ، ریاست، اور زپ کوڈ شامل کریں۔  
والد/والدہ یا وکیل کا ایریا کوڈ کے ساتھ فون نمبر۔

### سیکشن 3: حوالہ کار ایجنسی کی معلومات (اگر قابل اطلاق ہو)

ایجنسی کا نام: ایجنسی کا مکمل نام  
ایجنسی کوڈ: ایجنسی کا OPWDD ایجنسی کوڈ، اگر معلوم ہو  
ایجنسی کا معاہدہ: ایجنسی کے عملے کے شخص کا نام جس سے اہلیتی تعین کے بارے میں رابطہ کیا جائے  
سٹریٹ کا پتہ: وہ پتہ درج کریں جہاں ایجنسی کے رابطہ کار کو ڈاک موصول ہوتا ہے۔ PO باکس یا سٹریٹ کا پتہ، شہر/قصبہ، اور زپ کوڈ شامل کریں  
فون: ایجنسی کے رابطہ کار کا فون نمبر جس میں ایریا کوڈ اور کوئی توسیع زائد ٹیلی فون نمبر شامل ہو۔

**سیکشن 4:** صرف نشوونمائی معذوری کے تعین کے لیے خانے 1 میں ایک X لگائیں۔ یا، اگر فرد/خاتون کو OPWDD خدمات کے لیے اہل تصور کیا گیا ہے تو اس فرد کی مرضی کے مطابق ملنے والی ہر اس خدمت کے ساتھ والے خانے میں X کا نشان لگائیں۔

**نوٹ فرمائیں:** یہ حوالگی کار خدمات کے حصول کی درخواست نہیں ہے۔  
مکمل کردہ منجانب واضح طور پر اس فرد کا نام جلی ظروف میں پرنٹ کریں جس نے فارم مکمل کیا اور وہ تاریخ جب فارم مکمل کیا گیا۔  
فارم مکمل کیا گیا منجانب فارم کو جو بھی فرد مکمل کرے اس کی نشاندہی کرنے کے لیے درست خانے میں ایک X کا نشان لگائیں (فرد/بذات خود، والد/والدہ یا وکیل، ایجنسی کا عملہ، یا PASRR کوآرڈینیٹر)

**\*مکمل شدہ فارم اور مطلوبہ ریکارڈ اپنے مقامی DDRO کو جمع کروائیں**